



Spital Einsiedeln

Spitalstrasse 28
8840 Einsiedeln



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	6
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	7
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	9
C1	Angebotsübersicht	9
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	12
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010	13
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	13
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	14
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	15
C4-4	Personelle Ressourcen	15
D	Qualitätsmessungen	17
D1	Zufriedenheitsmessungen	17
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	17
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	19
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	20
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	22
D2	ANQ-Indikatoren	23
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	23
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	24
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	25
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	27
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	28
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	28
D3-2	Stürze	28
D3-3	Dekubitus (Wundliegen)	29
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	29

D3-5	Dauerkatheter	31
D3-6	Weiteres Messthema	31
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	32
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	33
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	33
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	33
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	36
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Impressum	39
H	Anhänge.....	40

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Qualitätsentwicklung im Spitalbereich

Da die Gesundheitsversorgung ein sehr komplexes Geschehen ist, ist es entsprechend komplex, deren Qualität abzubilden. Die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung ist zweifellos die wichtigste Aufgabe eines Spitals. Seit Jahrzehnten wird daran gearbeitet, Messgrößen (Indikatoren), ganze Systeme von Indikatoren oder andere Bewertungsansätze (z.B. Zertifizierungssysteme) zu definieren und umzusetzen, welche die Qualität verlässlich abbilden. Die allseits anerkannte und akzeptierte Lösung wurde dabei aber noch nirgends gefunden.

Obwohl die Diskussionen weiterhin kontrovers verlaufen werden, sind sich Fachkreise heute aber einig, dass Qualitätsinformationen zentral und notwendig sind, um Qualität zu fördern und zu steuern. Es geht an dieser Stelle nicht nur um die Verantwortlichkeit im präventiven Sinn und z.B. die Beeinflussung von Risikofaktoren, die sich aus dem eigenen Lebensstil ergeben, sondern um die Rechte und Pflichten der Patienten als aktive Partner im Behandlungsprozess.

Das Thema Qualitätssicherung mit Artikel 32 KVG zusammen Artikel 58 KVG überträgt dem Bundesrat die Aufgabe, Massnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Der Bundesrat kann wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität vorsehen und dabei die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder Dritten übertragen. 2010 übertrug der Bund diese Aufgabe dem Verein ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Die vorgegebenen Messungen sind zum Teil erstmalig verpflichtend und finden 2010 in den Bereichen: Patientenzufriedenheitsbefragung, Wundinfektionen, Reoperationen, Rehospitalisationen, sowie in den Prävalenzmessungen Dekubitus und Sturz statt. (BAG, Indra et al., 2009, p.1 – 120)

Qualitätsbotschaft Spital Einsiedeln

Im Mittelpunkt all unserer Aktivitäten stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir nehmen uns umfassend den krankheits- oder unfallbedingten Gesundheitsproblemen unserer Patienten an, unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes sowie ihrer ethischen und religiösen Einstellung. Wir achten die Eigenständigkeit unserer Patienten. Sofern möglich, sind sie vollumfänglich über ihre Gesundheitsprobleme informiert und beteiligen sich aktiv an den Entscheidungen über medizinische Abklärungen und Behandlungen. Wir als Beschäftigte im Spital haben uns alle zum Ziel gesetzt, unsere Dienstleistungen und medizinischen Behandlungsergebnisse laufend zu überprüfen und unter Berücksichtigung unserer Ressourcen kontinuierlich zu verbessern. Die Grundlagen dazu bilden Professionalität, Engagement sowie eine leistungs-, prozess- und ergebnisorientierte Arbeitsweise.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualitätsleitsätze****Führung**

Zur optimalen Patientenversorgung pflegen wir in unserer prozessorientierten Organisationsstruktur einen kooperativen Führungsstil mit klarer Zuteilung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen.

Besonderen Wert legen wir auf einen adressaten- und zeitgerechten Informationsfluss sowie auf eine gut entwickelte Fehlerkultur. Unsere leistungsorientierte Führung richtet sich in operativen wie in finanziellen Belangen auf allen Ebenen an internen und externen Betriebsvergleichen aus. Die Vergleiche, insbesondere der erfassten Finanzkennzahlen, dienen dazu, unsere Organisation ständig weiter zu optimieren. Wir legen Wert auf eine gerechte Verteilung der Arbeitslast im Haus und schaffen dazu die notwendigen Voraussetzungen.

Politik und Strategie

Unsere Unternehmens- und Qualitätsziele orientieren sich an unserer mit der Spitalfinanzierung kompatiblen Unternehmensstrategie. Wir sind uns unserer unternehmerischen Risiken bewusst und richten unsere Strategie danach aus. Zur Öffentlichkeit halten wir einen engen Kontakt, indem wir sie laufend über unsere Aktivitäten sowie über die erreichten Ziele orientieren.

Mitarbeitende

Gut ausgebildete und engagierte Mitarbeitende sind uns wichtig. Wir fördern sie mit gezielten Fort- und Weiterbildungen zur Optimierung der medizinischen Behandlungsqualität, sowie Professionalität auf allen Ebenen. Daneben positionieren wir uns auch als fortschrittlicher Ausbildungsbetrieb. Unsere Lernenden bilden wir so aus, dass sie sich auf dem Arbeitsmarkt bewähren. Zur Förderung eines guten Betriebsklimas und attraktiver Arbeitsbedingungen schaffen wir die nötigen Rahmenbedingungen.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Den Schutz von Leben und Gesundheit der Patienten und den Mitarbeitenden betrachten wir als eine vorrangige und selbstverständliche Pflicht. Wir treffen daher alle Sicherheitsmassnahmen, die nach der Erfahrung notwendig und nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angepasst sind. Wir fördern die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz.

Partnerschaften / Ressourcen

Mit unseren zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, unseren Partnerspitälern sowie den vor- und nachgelagerten Institutionen suchen wir aktiv und gezielt nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit.

Der Umsetzung der relevanten gesetzlichen Vorgaben fühlen wir uns in hohem Masse verpflichtet.

Unsere Infrastruktur, besonders in den Bereichen Gebäude, IT und Kommunikation, sowie unser Dokumentenmanagement unterstützen unsere Ablaufprozesse optimal.

Prozesse

Unsere Abläufe sind auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausgerichtet. Unsere Prozesslandschaft ist so gestaltet, dass alle Abläufe vernünftig im Aufwand, wirksam und sicher sind.

Klinische Behandlungspfade und standardisierte Behandlungsschemen vereinfachen unsere Arbeit und erhöhen die Patientensicherheit. Unsere Patientinnen und Patienten werden von uns zu jeder Zeit rechtzeitig, korrekt und verständlich informiert. Anderweitig zur Verfügung gestellte Informationen sind strukturiert und werden laufend aktualisiert.

Medizinische Behandlungsergebnisse

Medizinische Behandlungsergebnisse sind unsere wichtigsten Schlüsselergebnisse. Sie werden regelmässig gemessen und dienen dazu, unsere Behandlungsqualität durch interne wie externe Vergleiche gezielt und kontinuierlich zu verbessern.

Kundenbezogene Ergebnisse

Unsere Patienten und Zuweiser werden mittels strukturierter Erhebungen periodisch über ihre Zufriedenheit mit unseren Dienstleistungen befragt.

Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden erheben wir im Rahmen der regelmässig stattfindenden Mitarbeitendengespräche sowie zusätzlich periodisch in Mitarbeitendenbefragungen.

Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Wir erfassen die Wirkung unserer Öffentlichkeitsarbeit und passen diese laufend den Bedürfnissen an.

☒ Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010**Qualitätsschwerpunkt 2010**

Im August 2010 entschied der Stiftungsrat sowie die Geschäftsleitung die gesamte Ablauforganisation neu zu konzipieren. Unter externem fachlichem Support wird nun schrittweise die Prozessorganisation inklusiver Optimierung mit der Methode des Projektmanagement definiert. Dabei werden die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt gestellt.

Ziel des Projekts ist es die Schnittstellen zwischen den Prozessen zu optimieren, den Informations- und Kommunikationsfluss so zu gestalten, dass die vermittelten Inhalte für alle Beteiligten jederzeit verständlich sind sowie die Reduktion von Schnittstellen und Doppelspurigkeiten durch die Schaffung übergreifender Prozessketten zwischen Abteilungen und Fachbereichen.

Ein in vieler Hinsicht besonderes Projekt war die Erarbeitung eines Peer-Organisationskonzepts für Spitalmitarbeitende. Dieses psychologische Vor- und Nachsorgekonzept ist Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung und trägt dem Umstand Rechnung, dass eine Tätigkeit im Spitalbetrieb mit belastenden Situationen einhergehen kann, welche einer Aufarbeitung bedürfen.

Das Ziel besteht darin, schwierige Situationen im Arbeitsalltag rechtzeitig zu erkennen, mit den Beteiligten nach zu besprechen sowie allenfalls weitere Nachbetreuungsschritte einzuleiten. Dazu wurde ein internes Peer- Supportteam ins Leben gerufen sowie ein Seelsorger mit der fachlichen Leitung betraut.

Weitere Prozesserneuerungen im Jahr 2010 waren die Einführung eines elektronischen Menüwahlsystems, die Neugestaltung sämtlicher Patienteninformationsbroschüren, der Aufbau der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes sowie die Etablierung eines eigenen Sozialdienstes. Letzteres war notwendig, weil das ständige Sinken der Dauer des Aufenthalts im Akutspital immer höhere Anforderungen an das Austrittsmanagement stellt.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Der Themenbereich Arbeitssicherheit / EKAS 6508 wurde 2010 vollständig neu aufgegleist. Der Aufbau der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes erfolgte in einer Teilprojektgruppe des Qualitätsmanagementsystems und den Methoden des Projektmanagements. Die vollständige gesetzeskonforme Umsetzung der Branchenlösung H+ inklusive der Integration der Branchenlösung H+ im Qualitätsmanagement System wurde erfolgreich abgeschlossen.
- Die Prozesslandschaft wurde neu definiert und um eine Verbesserung verschiedener Klinik- und Prozessabläufen zugunsten der Patienten zu erzielen.
- Im Rahmen der Qualitätsarbeit wurde für das ganze Spital ein Sturzmanagement eingeführt. Dies beinhaltet eine Schulung des Pflegepersonals, eine Optimierung und Anpassung der Hilfsmittel, frühzeitiges Erfassen und Erkennen einer Sturzgefährdung sowie Ressourcenförderung bei den Patientinnen und Patienten.
- Im Zuge der Reorganisation des gesamten medizin-technischen Gerätepark gemäss MepV wurde 2010 eine einheitliche Lösung des Vigilance – Meldesystem erarbeitet. Eine intensive Schulung des Spitalpersonals sorgt für dessen Umsetzung.

- Engere Zusammenarbeit mit der Spitex und dem Verein WABE: Um den Patientennutzen zu erhöhen, finden nun die Bedarfsabklärungen und Erstkontakte zum Patienten im Spital statt. Ebenso im Bereich der Patientensicherheit wurde eine intensive Zusammenarbeit mit dem Verein WABE (Sitzwachen bei sterbenden Patienten) umgesetzt. Zudem wurde das Angebot ausgeweitet, der Verein WABE bietet speziell im Spitalbereich auch Sitzwachen für unruhige und verwirrte Patienten an. Im Gegenzug können die Vereinsmitglieder der WABE und der Spitex, die internen Spitalschulungen kostenlos besuchen.
- Das neu erstellte Patientenbefragungskonzept sieht für den KVP (kontinuierlichen Verbesserungsprozess) eine jährliche Messung, beziehungsweise eine intern durchgeführte regelmässige Patientenbefragung vor. Ziel ist es, die vom ANQ (nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) vorgegebenen Messthemen in die Befragung mit einzubauen um Benchmarking zu ermöglichen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterentwicklung der Prozesse zum Wohle der Patienten

Unser QM-System wird schrittweise aufgebaut. Die Schwerpunkte unseres QM-Systems liegen im Erkennen der wertschöpfenden, auf den Patientenwunsch ausgerichteten Prozesse, dem Überwachen und Lenken dieser Prozesse mit Hilfe von Kennzahlen und dem ständigen Verbessern von Prozessabläufen.

Die Qualitätsentwicklung der nächsten Jahre am Spital Einsiedeln wird im LAQ (Lenkungsausschuss Qualität) festgelegt. Die zeitliche und inhaltliche Umsetzungsplanung berücksichtigt die zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen. Die Aufnahme von qualitätssichernden und -fördernden Massnahmen auf die Jahreszielsetzungen schafft Verbindlichkeit und die Zielerreichung wird vom strategischen Gremium überprüft.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	40% Stellenprozente zur Verfügung.
Anmerkung:	
Formal verfügt das Qualitätsmanagement am Spital lediglich über eine 40%-Stelle. Tatsache ist, dass für unseren umfassenden Ansatz von Qualitätsmanagement de facto wesentlich mehr Stellenprozente zur Verfügung stehen, auch wenn diese nicht explizit ausgewiesen sind. Direktor, Chefärzte, diverse Stabsstellen, Bereichsleitungen usw. leisten ihren Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, sei dies im Rahmen von Q-Projekten, der Beteiligung an Messungen, der Teilnahme im LAQ usw.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Petra Reusser	055 418 55 51	Petra.reusser@spital-einsiedeln.ch	Beauftragte Qualitätsmanagement Sicherheitskoordinatorin Leiterin Pflege Medizin
Reto Jeger	055 418 58 60	reto.jeger@spital-einsiedeln.ch	Direktor
Dr. med. Simon Stäuble	055 418 58 39	Simon.staeuble@spital-einsiedeln.ch	Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Renato Sommacal	055 412 22 05	orthopaedie.einsiedeln@bluewin.ch	Vertreter Belegärzteschaft
Patrick Schwandt	055 418 52 13	patrick.schwandt@spital-einsiedeln.ch	Leiter OP Bereich
Stefanie Hitz	055 418 54 51	stefanie.hitz@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Pflege Chirurgie
Beatrice Müller	055 418 58 50	beatrice.mueller@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Finanzen + Controlling
Erika Neuhaus-Steiner	055 418 58 40	erika.neuhaus@spital-einsiedeln.ch	Leiterin Personaldienst, Stv. Direktorin
Barbara Trütsch	055 418 53 50	Barbara.truetsch@spital-einsiedeln.ch	Hygienebeauftragte
Claudia Zehnder	055 418 53 50	claudia.zehnder@spital-einsiedeln.ch	Verantwortliche SwissNOSO
Martha Grab – Küchler	055 418 52 26	martha.grab@spital-einsiedeln.ch	Qualitätsverantwortliche Bereich Labor
Dr. Karl Roos	055 418 81 41	pharmacovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Pharmacovigilance Verantwortlicher MepV
Dr. med. Mario Picozzi	055 418 52 30	heamovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Hämovigilance Verantwortlicher MepV
Frank Birchler	055 418 51 40	materiovigilance@spital-einsiedeln.ch	Kontaktperson Materiovigilance Verantwortlicher MepV
Marianne Sedelberger	055 418 54 51	peerkoordination@spital-einsiedeln.ch	Peerkoordinatorin
Karin Weiss	055 418 52 00	peerkoordination@spital-einsiedeln.ch	Peerkoordinatorin
Hans Lang	055 418 52 12	Hans.lang@spital-einsiedeln.ch	Verantwortlicher MepV und Materiovigilance im Operationsbetrieb

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Einsiedeln
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		Dr. med. Gansser-Kälin Ursula
Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Razavi Dr. med. Gabriel Dr. med. Carstensen Dr. med. Pöschmann	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Dr. med. C. Elmas Dr. med. Y. Elmas	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Dr. med. Gansser-Kälin Ursula Dr. med. Krobisch
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Dr. med. A. Flückiger Dr. med. M. Hengartner Dr. med. Förster	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		Spital Schwyz Unispital Zürich
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Dr. med. B. Küchler	Dr. med. R. Bründler (Spital Schwyz) Spital Luzern
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)		Stadtspital Waid Zürich Dr. med. Grob

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	Dr. med. Z. Schneider	Unispital Zürich
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		Spital Luzern
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		Spital Lachen Stadtspital Triemli
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Dr. med. Daniel Gasser	Stadtspital Triemli
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Dr. Z. Schneider	Unispital Zürich Stadtspital Triemli
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Unispital Zürich Spital Schwyz Spital Lachen
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Dr. M. Picozzi Dr. R. Orlor	Spital Schwyz
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		Unispital Zürich
Intensivmedizin		Spital Schwyz Spital Lachen Spital Luzern
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Unispital Zürich
Kinderchirurgie	Dr. Razavi Dr. Gabriel	Kinderspital Zürich Stadtspital Triemli
Langzeitpflege		alle Alters- und Pflegeheime in der Umgebung
Neurochirurgie		Unispital Zürich
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Dr. med. Stillhard Dr. med. Vonmizlaff
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Dr. med. Frei Dr. med. Schröder	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Dr. med. A. Pfister Dr. med. R. Sommacal Dr. med. W. Komorek Dr. med. M. Speck	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Dr. med. L. Eberle	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Dr. med. S. Rupp	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		Dr. med. S. Eychmüller Kantonsspital St. Gallen
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. K. Schnyder	Klinik Zugersee
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Dr. med. W. Schöpke	
Tropen- und Reisemedizin		Unispital Zürich

Urologie

*(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden
Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*

Dr. med. Tomamichel

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Anita Dettling Marlies Schönbächler	
Ergotherapie	Rosmarie Bucher Elisabeth Müller	
Ernährungsberatung	Antonia Birchler	
Logopädie	Gertrud Kälin	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Spital Eigene	
Psychologie		Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln
Psychotherapie	Dr. med. K. Schnyder	Sozialpsychiatrischer Dienst Einsiedeln

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	8'720	8'792	Nur Klinikfälle
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	4	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	3'093	3'327	Austritte
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	191	230	
Geleistete Pflegetage	16'367	17'599	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	49	49	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.3	5.3	
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.5	98.4	

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage zu interpretieren?

- i** Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation			
Internistische Rehabilitation			
Kardiale Rehabilitation			
Muskuloskelettale Rehabilitation			
Neurologische Rehabilitation			
Onkologische Rehabilitation			
Pädiatrische Rehabilitation			
Psychosomatische Rehabilitation			
Pulmonale Rehabilitation			
Rehabilitative Intensivabteilung			

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ❶ Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ❷ Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ❸ Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		Stationär	ambulant
		☐ ja	☐ ja
		☐ ja	☐ ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der **Tageskliniken** (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- i** Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i** Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- i** Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Neurologie	☐ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☐ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.6	Auf einer Notenskala von 1-6
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärztliche Versorgung (Mittelwert der Fragen 1-4)	5.6	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.4)
Pflegerische Versorgung (Mittelwert der Fragen 5-8)	5.6	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.4)
Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthalts (Mittelwert der Fragen 9-13)	5.5	Der erreichte Wert kann im Vergleich zu den ausgewerteten 23 Kliniken als überdurchschnittlich bezeichnet werden (Mittelwert: 5.3)
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument		
Name des Instrumentes	IVQ-PEQ	Name des Messinstitutes	Verein Outcome
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Patients' Experience Questionnaire. Messperiode 03/2009 bis 06/2009		
Einschlusskriterien	Gemäss Kriterienkatalog		
Ausschlusskriterien	Gemäss Kriterienkatalog		
Rücklauf in Prozenten	44% (650 versandte Datensätze, 285 Rückläufe)		
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☒ Ja, Einsatz wie folgt:	Erinnerungsversand durch Outcome

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?

☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Direktionsassistentin
Name der Ansprechperson	Petra Ochsner
Funktion	Direktionsassistentin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	petra.ochsner@spital-einsiedeln.ch , 055 418 58 42
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Innere Medizin

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Innere Medizin	89%	Gesamtzufriedenheitsgrad der Mitarbeiter in der Klinik für Innere Medizin.
Innere Medizin „Qualitätsbewusstes Arbeiten“	81%	Die Mitarbeiter der Inneren Medizin wissen aus ihren Stellen-Beschreibungen, was von ihnen erwartet wird. Sie sind sich ihrer Verantwortungen den Patienten, aber auch ihrem Team gegenüber sehr bewusst.
Innere Medizin „Zufriedenheit mit der Infrastruktur“	85%	85% der Befragten finden, dass die Arbeitshilfsmittel fortlaufend angepasst werden. Die internen Fortbildungen helfen ihnen dabei, die Materialien gezielt einzusetzen. Infrastrukturelle Verbesserungsmassnahmen werden laufend evaluiert und umgesetzt.
Innere Medizin „Ressourcenförderung von Mitarbeiter“	81%	81% der Befragten sind der Ansicht, dass sie täglich die Gelegenheit dazu haben, ressourcenorientiert zu arbeiten. Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden sind in den Stellenbeschreibungen festgehalten. Durch gezielte Fördermassnahmen wurden mehrere Mitarbeitende mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet. Know-how wird gezielt geschult und im Betrieb eingesetzt.
Innere Medizin „Anerkennung von Leistungen“	88%	88% der Befragten bestätigen, dass sie für ihre gute Arbeit und Leistung geschätzt und gelobt werden. Dies bewerten sie als grossen Motivator ihrer geleisteten Arbeit.
Innere Medizin „Sozialkompetenz der Stationsleitung“	100%	100% der Mitarbeitenden haben geantwortet, dass sie von der Stationsleitung auch in menschlicher Hinsicht geschätzt werden.
Innere Medizin „Entwicklungsförderung“	96%	96% der Befragten sind der Ansicht, dass sie von ihrer direkten Vorgesetzten aktiv gefördert werden, beispielweise durch die Möglichkeit zur Teilnahme an Weiter- und Fortbildungen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde bei der Berufsgruppe der Pflegehilfen gesetzt: Die z.T. sehr lange angestellten Personen werden gezielt für Fördermassnahmen motiviert. Ein neues, grosszügiges Fortbildungsreglement unterstützt diese Entwicklung.

- ☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- ☒ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Innere Medizin	82%	Gesamtzufriedenheitsgrad der Mitarbeiter in der Klinik für Innere Medizin für das Jahr 2009
	89%	Gesamtzufriedenheitsgrad der Mitarbeiter in der Klinik für Innere Medizin für das Jahr 2010. Trotz politischer Unsicherheit des letzten Jahres konnten wir die Zufriedenheit der Mitarbeitenden stabil halten und erhöhen.

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

☒ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Angelehnt an die Gallup-Studie Die Gallup-Studie ist die weltweit grösste Langzeitstudie für erfolgreiche Führung, Halten und Fördern von wertvollen Mitarbeitern. Wir haben uns entschieden, die ersten sechs Kernfragen für unsere Mitarbeiterbefragung zu verwenden.		
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Klinik für Innere Medizin		
Ausschlusskriterien	Keine		
Rücklauf in Prozenten	80%		
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?					
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.				
Hierbei handelt es sich um die Testphase. Die ersten Schweizer Daten zeigen eine grosse Differenz zu den Durchschnittsdaten der USA auf. Die Gründe hierfür müssen anhand der Testphase noch evaluiert werden. Eine offizielle Messung ist für das Jahr 2011 vorgesehen und stützt sich auf die BfS Daten 2009.					

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Für das Spital Einsiedeln ist das Auswertungsergebnis mit dem Kommentar A = gut ausgefallen. Die Rehospitalisationsrate ist niedriger ausgefallen als erwartet/berechnet.			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			

☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2011
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

Hierbei handelt es sich um die Testphase. Die ersten Schweizer Daten zeigen eine grosse Differenz zu den Durchschnittsdaten der USA auf. Die Gründe hierfür müssen anhand der Testphase noch evaluiert werden. Eine offizielle Messung ist für das Jahr 2011 vorgesehen und stützt sich auf die BfS Daten 2009.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Für das Spital Einsiedeln ist das Auswertungsergebnis mit dem Kommentar A = gut ausgefallen.			
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☐ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐ Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☒ Hernieoperation	44	1	2.3	1.1%	Der Prozentsatz bei Anzahl Infektionen ist so hoch, da das Spital Einsiedeln im Vergleich zu den anderen Spitälern wenige Eingriffe hat. Bei der Antibiotikumprophylaxe hat das Spital Einsiedeln sehr gut abgeschnitten.
☒ Dickdarm (Colon)	< 30			12.7%	Wurde im Jahresbericht nicht aufgeführt, da die Eingriffe unter 30 Fälle lagen.
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	48	0	0	1.9%	
☐ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					
Das Spital Einsiedeln beteiligt sich seit Juni 2009 an der Wundinfektionsmessung nach SwissNOSO. Die erste Auswertungsperiode wurde im Juli 2010 mit einem sehr guten Resultat abgeschlossen. Das Spital Einsiedeln nimmt weiterhin an der SwissNOSO Messung teil.					
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
☒ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .					

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☒	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Jedes Ereignis, in dessen Folge ein Patient unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
23	9	14	Die 9 Behandlungsfälle betreffen ausschliesslich leichte Verletzungen; schwere Verletzungen konnten durch die konsequente Umsetzung des Sturzmanagement auf null reduziert werden. Der Benchmarking liegt im zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1000 Pflage tage (Enloe et al., 2005). Das Spital Einsiedeln zeigt einen Wert von 1.3 auf. Allgemein kann gesagt werden, dass die Umsetzung des Sturzmanagement sehr gut gelebt wird. Präventionsmassnahmen werden individuell mit dem Patienten besprochen und eingeleitet.
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		

☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Spitalinternes Sturzmanagement, angelehnt an das Konzept des Stadspital Waid und der Stiftung Patientensicherheit
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema			
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Verein Komplikationenliste SGIM	B	B	A
IVR-Anerkennung	B	B	A
Bemerkungen			
Die Massnahmen zur Vermeidung von Komplikationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Rettungsdienst	IVR-Anerkennung	2008	2008	Rezertifiz. 2013

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Schulung der korrekten Händehygiene	Vermeidung von Nosokomiale Infektionen. Personalschutz.	Gesamtspital	Jährlich
Einführung neue Mitarbeiter	Neue Mitarbeitende kennen die für ihren Bereich relevanten hygienischen Richtlinien und Schutzmassnahmen.	Gesamtspital	Monatlich
Mikrobiologisches Audit	Kontrolle des Hygienestandards im Spital	Gesamtspital	Jährlich
Überarbeitung Pflege-/Hygienerichtlinien	Einheitliche Arbeitsweise nach den neuesten Richtlinien.	Gesamtspital	Permanent
Sturzpräventionen	Evaluation der Sturzereignisse mit Ziel, best practice der Patientensicherheit.	Pflege	Permanent
Dekubituskonzept Erstellung	Mit gezielten Interventionen Dekubitalulcera vermeiden durch erfassen des Dekubitusrisikos mittels Einschätzungsinstrument durch die Pflegenden bei allen Patienten bei Eintritt. Gezieltes Vorgehen zur Prophylaxe, Massnahmen bzw. Behandlung des Dekubitus. Korrekte Dokumentation der	Pflege	Projektabschluss Mitte 2011

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
	Prophylaxen, Massnahmen, Behandlung und des Bewegungs-/Lagerungsplans. Statistische Erfassung der vorhandenen Dekubitalulcera bei Eintritt und während der Hospitalisation erworbenen Dekubitalulceras.		
Prävention von Behandlungskomplikationen	Die vorgeschlagenen Empfehlungen des Verein Komplikationenliste SGIM (VKL) werden durch Fachpersonen geprüft und laufend in unseren Prozessen, Richtlinien oder Standards adaptiert. Zudem werden die periodischen Berichte des VKL auf den Abteilungen aufgelegt und in den Fallbesprechungen miteinbezogen.	Klinik für Innere Medizin	Permanent
Zwischenfallmeldungen	Zwischenfälle werden auf einem standardisierten Meldeformular festgehalten. Die Zwischenfallmeldungen werden laufend durch den Chefarzt Innere Medizin und die Stationsleitung gemeinsam evaluiert. Es wird bei Bedarf ein Massnahmenplan erstellt, in den Abteilungen vorgestellt und umgesetzt. Bestehende Richtlinien werden entsprechend angepasst. Die Umsetzung der Massnahmen auf Station wird überprüft. Das mittelfristige Ziel besteht in der Einführung eines CIRS 2012.	Klinik für Innere Medizin	Permanent
Hotellerie im Spital Einsiedeln	Verbesserung/Überprüfung des bestehenden Dienstleistungsangebots	Ökonomie	April-Oktober 2011
Sanierung Patientenzimmer P1 / HP / Komfort plus weitere werterhaltende Massnahmen gemäß Baubeschrieb 2011	Gemäß Musterzimmer werden weitere Patientenzimmer saniert. Vorwiegend Zimmer für Zusatzversicherte	Baukommission	Bis Ende 2011
Interne Beschriftungen auf den Abteilungen und Patientenbereichen.	Interne Beschriftungen / Teampräsentationen etc. die unmittelbar im Blickfeld von Patienten stehen sollen einem modernen einheitlichen CI entsprechen.	Pflegeabteilungen und Eingangszone Spital	Ende August 2011
EDV-unterstützte Personalhausbewirtschaftung, Vertragswesen, Parkplatzbewirtschaftung via Intranet	Vereinfachte Handhabung sämtlicher Dokumente die es braucht im Mietwesen	Ökonomie	März-Oktober 2011
EDV-unterstütztes Kilo-	Vereinfachte Handhabung in	Wäscherei / Ökonomie	Januar-Juli 2011

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Chargen- Management via Intranet	der Administration sämtlicher Wäschechargen und deren kostengerechte Verteilung.		
Einheitlicher Ablauf der Grundausbildung im Spital, bereichsübergreifend	Die Grundausbildung in der Pflege hat einen sehr hohen Stellenwert. Damit die anderen Grundausbildungen den selben Stellenwert und Qualitätsstandard erhalten, werden grundsätzliche Bildungsabläufe vereinheitlicht über alle Grundausbildungsberufe hinweg	Pflege, technischer Dienst, Ökonomie, kaufmännischer Bereich	Von September 2010 bis Dezember 2011
Einheitliches Selektionsverfahren in der Auswahl der Lehr- und Studienplätze	Durch standardisierte Abläufe wird die Selektion vereinfacht und kann klar dokumentiert werden	Alle bereiche, die Ausbildung anbieten	Von September 2010 bis Juni 2011
Betriebsanalyse Durch einen externen Berater überprüfen von Prozessen Wirtschaftlichkeit, etc.	Verbesserung der Abläufe • Personalressourcen optimieren. • Bessere Auslastung der Laborautomaten	Labororganisation	September 2010 Auswertung noch pendent
Monitoring Analysenliste	Mitmachen Monitoring AL bzw. Umfrage bei Spitallabors. Statistische Zahlen vergleichen Standortbestimmung Auswertung zu erwarten	Labororganisation	Mai 2011 November 2011
Absenzenstatistik	Kennzahlen-Vergleich	Gesamtspital	Permanent
Fluktuationsstatistik	Kennzahlen-Vergleich	Gesamtspital	Permanent
Erstellung der Personalprozesse	Arbeitsoptimierung	Personaldienst Gesamtspital	Bis 30.09.2011
Erstellung der Stellenbeschreibungen über sämtliche Funktionen im Haus	Aufgaben für MA sind klar aufgelistet	Personaldienst Sämtliche Vorgesetzte im Haus	Bis 31.12.2011
Absenzenmanagement	Führungsinstrument zur Kontrolle, evt. Senkung der Absenzen	Gesamtspital	Bis 30.06.2011

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitle	Sanalogic Menüwahlssystem via Tablet PC	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Optimierung Speiseangebot an Patienten und Optimierung des Bestellprozesses an die Küche.	
Beschreibung	EDV unterstütztes Tool in Zusammenarbeit mit der Pflege	
Projektablauf / Methodik	Klassisches Projektmanagement	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	- Pflegestation / Stock 1 - Pflegestation / Stock 2 - Pflegestation / Stock 3	
Involvierte Berufsgruppen	Küche und Pflege	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitle	Personalprozesse	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einheitliche Bearbeitung der Personalprozesse	
Beschreibung	Arbeitsprozesse im Personaldienst darstellen zur Arbeitsoptimierung	
Projektablauf / Methodik	Prozesserstellung	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Schnitt- und Nahtstellen optimieren	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vollständige gesetzeskonforme Umsetzung der Branchenlösung H+ inkl. Integration der Branchenlösung H+ im Qualitätsmanagement System.	
Beschreibung	Ein Spezialist der Arbeitssicherheit unterstützt die Projektleitung beim Aufbau eines Sicherheitskonzeptes, inkl. Gefahrenermittlung der jeweiligen Prozessverantwortlichen.	
Projektablauf / Methodik	Der Aufbau der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes erfolgt in einer Teilprojektgruppe des Qualitätsmanagementsystems und mit den Instrumenten des Projektmanagements.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
	Alle Berufsgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Anhand der Gefahrenermittlung wurde ein Massnahmenplan erstellt, welcher nun kontinuierlich abgearbeitet wird.	
Weiterführende Unterlagen	Sicherheitskonzept	

Die optimale medizinische Qualität kleinerer Spitäler liegt in der übergreifenden Kooperationsfähigkeit und systematischen abgestimmten Spezialisierung und Schwerpunktbildung im Sinne der in Deutschland gemachten DRG – Erfahrungen.

Der 2009 begonnene Weg des systematischen Aufbaus eines Qualitätsmanagements wird weitergeführt. Die durch die Geschäftsleitung auf der Jahreszielsetzung definierten Massnahmen setzen wir konsequent um und messen deren Wirkung.

Im Bereich der Ergebnisqualittsmessungen halten wir uns neben unseren eigenen Messungen auch an die Vorgaben des Kantons Schwyz. Dieser schreibt in den jährlich neu auszuhandelnden Leistungsaufträgen vor, welche Qualitätsmessungen zwingend durchgeführt werden müssen.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HOPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualittsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualittsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualit dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge